

Santé mentale au Québec



Région de la Montérégie Le P.S.I., première phase : sensibilisation

Aimé Lebeau

Volume 16, numéro 1, printemps 1991

Aspects de la dynamique conjugale

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032221ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032221ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Lebeau, A. (1991). Région de la Montérégie : le P.S.I., première phase : sensibilisation. *Santé mentale au Québec*, 16(1), 314–322.
<https://doi.org/10.7202/032221ar>

Région de la Montérégie

Responsable: Rolland Gaudette

Le P. S. I. première phase: sensibilisation

Un comité formé de représentant-e-s de divers milieux institutionnels et communautaires vient de terminer ses travaux. Il a tenu cinq rencontres sur une période de six mois. Les organismes ayant participé à ce comité, présidé par des employés permanents du CRSSS de la Montérégie, étaient les suivants: centres hospitaliers, CSS, CLSC, centres d'accueil, ressources alternatives et collectif de défense des droits.

Ce comité avait pour mandat d'élaborer une stratégie de mise en place d'une formation sur le Plan de services individualisé en santé mentale (P.S.I.) dans le cadre de la nouvelle politique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Un document produit à l'issue des travaux fait état d'une démarche de sensibilisation auprès des directeurs ou coordonnateurs d'établissements ou de ressources qui seront appelés à inviter certains de leurs employés à participer à une formation sur l'implantation du PSI comme outil de travail.

Le processus devrait faire émerger les résistances potentielles à l'implantation de cette approche et en valider les notions et leur application dans le domaine de la santé mentale.

Le grand monde: tournée provinciale

La tournée de *Le grand monde*, film réalisé avec la collaboration d'usagers du groupe Action-Santé de Montréal, suscite déjà beaucoup d'intérêt dans les diverses régions du Québec.

L'objectif principal de la diffusion du film est de provoquer un débat sur la santé mentale parmi les membres de la communauté.

Plusieurs comités composés de délégués d'organismes œuvrant en santé mentale sont déjà engagés dans la démarche préalable à la tenue de cet événement dans diverses villes du Québec, et en particulier dans les régions de Montréal, de Québec et de la Montérégie.

À suivre avec intérêt.

N.B.: Lors des prochaines parutions, les articles proviendront davantage de personnes de sous-régions de la Montérégie.

Rolland Gaudette

Projet-pilote d'une équipe ambulatoire de psychogériatrie en Montérégie

Le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Marc-Yvan Côté, vient d'octroyer, pour une période de trois ans, un budget annuel de 400 000 \$ pour la mise sur pied de deux équipes ambulatoires de psychogériatrie, l'une en Montérégie et l'autre dans la région de Trois-Rivières.

Dans sa conception originale de novembre 1989, en plus d'engager directement le Conseil de la santé et des services sociaux, le projet de Montérégie concerne particulièrement les partenaires de la municipalité régionale de comté (MRC) de Brome-Missisquoi, c'est-à-dire le CLSC La Pommeraie, le centre hospitalier (CH) de Bedford, le CH de Brome-Missisquoi Perkins, le CH Saint-Louis, ainsi que les foyers de Farnham, le C.A. de Cowansville, le C.A. de Sutton, et le Centre de Services sociaux (CSS), par l'intermédiaire des familles d'accueil.

Origine et objectifs du projet

Les travaux conduisant à cette décision du ministère se sont échelonnés sur près de deux ans. En Montérégie, la première version du projet a reçu un accueil très favorable au ministère, ce qui a permis de compléter le dossier avec une équipe de la région Mauricie/Bois-Francs. En effet, à la suite de demandes concernant le développement d'une approche en psychogériatrie, le ministre de la Santé et des Services sociaux nous a demandé d'élaborer un projet conjointement avec cette autre région du Québec.

Ce projet a pour objet d'évaluer les problèmes et les besoins actuels et futurs en psychogériatrie; d'améliorer le soutien aux intervenant-e-s du réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'aux familles et personnes de soutien; d'optimiser les services existants;

de planifier et d'appliquer des solutions normalisantes pour les clientèles visées (notamment par rapport à l'hébergement), tout en étant réaliste et conforme aux vues du MSSS et aux besoins des divers paliers d'intervention.

En résumé, les trois thèmes centraux de ce projet-pilote sont, comme nous le verrons ci-après, l'intervention, la formation et le soutien.

Problématique sous-jacente¹

Le vieillissement actuel de la population soulève différents problèmes pour les personnes âgées, leur famille et les intervenants du réseau de la santé.

Même si, au cours des vingt-cinq dernières années, le Québec a connu un développement exceptionnel de son dispositif de soins de santé, la personne âgée atteinte de troubles mentaux est apparue comme l'une des clientèles oubliées dans cette croissance. C'est davantage au niveau d'un dispositif de soins propres à cette population qu'on déplore l'insuffisance de structures en place (Amyot, 1984).

Or, il importe de réagir promptement face à ce phénomène, car la situation ne pourra que s'aggraver au cours des prochaines décennies, à cause principalement de la proportion et du nombre toujours croissants de personnes âgées, mais aussi de la capacité limitée de l'État à prendre en charge les aînés souffrant de problèmes psychiques, étant donné les structures et les ressources dont il dispose.

Au Québec, les premières expérimentations en psychogériatrie datent de la fin des années 70 et elles se sont surtout développées de façon isolée grâce à des initiatives individuelles ou institutionnelles (Amyot, 1984; Roy, 1987).

La compréhension de la nature, des composantes et de l'impact des soins psychogériatriques est essentielle à l'efficacité de la planification, de la prestation et de l'évaluation des ressources offertes à notre population vieillissante. Cet objectif justifie la réalisation d'une étude qui apportera des solutions concrètes aux divers paliers d'intervention aux prises avec des clientèles «confuses» qui, pour l'instant, trouvent difficilement leur place dans notre réseau de santé. La science a ajouté des années à la vie, mais notre système de santé doit veiller à ce que la population âgée en perte d'autonomie physique puisse profiter jusqu'à la fin de la qualité de vie à laquelle elle est en droit de s'attendre.

On estime à 30 ou 40 % la proportion de personnes âgées qui nécessitent, en cours de vieillesse, des interventions psychogériatriques (MSSS, 1987) et que le pourcentage de celles-ci ne cessera de croître au cours des prochaines décennies.

Le système de santé s'est ajusté dans une certaine mesure aux besoins grandissants de la population vieillissante, mais les clientèles psychogériatriques continuent d'être une épine dans le pied des établissements qui ne pourront normaliser seuls la situation.

Contrairement à ce que nous pourrions penser, la perte d'autonomie physique n'est pas la variable majeure dans les demandes de placement. En effet, un fort pourcentage des demandes provient de clientèle présentant une diminution de l'autonomie psychique. Or la psychogériatrie est une discipline encore sous-développée dans la plupart des régions du Québec. De plus, «les bénéficiaires souffrant de troubles de comportement sévères ne sont pas toujours bien accueillis dans le réseau et le système CIMSP ne cote pas fortement les problèmes liés aux cas psychogériatriques. Il est davantage axé sur la perte d'autonomie fonctionnelle (physique)» (Brissette et coll., 1989).

Les familles s'occupant d'un parent souffrant de problèmes d'ordre psychogériatrique sont trop souvent laissées à elles-mêmes, alors qu'elles supportent la presque totalité de la charge.

«De 75 à 80 % des personnes demandant un hébergement ont au moins une personne de leur entourage qui contribue activement à leur maintien à domicile et c'est souvent lorsque le proche est essoufflé et au bout de son rouleau que survient la demande. Nous aurions besoin de ressources de support, pour ces aidants naturels qui s'épuisent» (Brissette et coll., 1989).

Une étude réalisée par la Société Alzheimer de la Mauricie confirme le manque de ressources et de soutien aux familles. Plus de 80 % des répondants ont déploré le manque d'aide, d'informations et de services spécialisés. La majorité des répondants, à un moment donné, se sont trouvés isolés et dépourvus devant l'ampleur du problème qu'ils vivaient.

En plus des difficultés importantes que rencontrent les établissements, il existe des disparités sous-régionales entre les zones urbaines, rurales et isolées (ou éloignées), notamment au niveau des spécialistes en place et des équipements nécessaires à l'établissement d'un diagnostic précis. En effet, «le pourcentage d'erreur de diagnostic augmente à mesure que l'on s'éloigne des grands centres» (Société

té Alzheimer de la Mauricie, 1989). Ainsi, il arrive, par exemple, qu'un cas de dépression grave, de pathologie curable, soit confondu avec la maladie d'Alzheimer, pour laquelle rien de spécifique n'est entrepris, principalement parce qu'elle est dégénérative et incurable. Or, une erreur de la sorte peut enlever à un individu les quelques chances qu'il avait de recouvrer sa santé et entraîner des conséquences néfastes pour ses proches.

D'après une étude réalisée sur le territoire du CLSC Trois-Saumons, mais aussi selon un sentiment qui semble généralisé chez les intervenants de première ligne, la formation, tant scolaire qu'en cours d'emploi, n'est pas toujours adaptée aux situations concrètes auxquelles ces personnes sont quotidiennement confrontées.

D'autre part, la communication et la concertation entre les ressources concernées pourraient être améliorées. On note parfois des réticences et des relations tendues entre ressources de catégories différentes, pour des raisons qui devront être mieux comprises.

L'unanimité existe cependant à l'effet que les ressources doivent s'efforcer, par tous les moyens mis à leur disposition, de maintenir le plus longtemps possible dans son environnement naturel le bénéficiaire désorienté, afin de diminuer le nombre de demandes d'hébergement prématurées. Mais pour ce faire, les ressources sont limitées et ne répondent que partiellement aux besoins des personnes atteintes de déficits cognitifs. Le fardeau d'assumer seul la charge du malade incombe souvent au conjoint, qui est lui-même âgé et qui, on le comprendra, en vient parfois à éprouver de graves problèmes de santé qui auraient pu être évités.

Des études montrent qu'environ 25 % des personnes âgées admises en 1986 dans certains centres d'accueil montréalais ne répondaient à aucun critère d'admission. Le manque de lits adaptés aux besoins des clientèles ainsi que l'insuffisance de ressources intermédiaires et de services de maintien à domicile ont favorisé le recours à l'hébergement (MSSS, 1989).

D'autre part, les différences dans la prestation des services sont plus marquées dans les établissements de santé offrant un hébergement permanent. On y retrouve trois écoles de pensée:

- 1 — La ségrégation
- 2 — La semi-intégration
- 3 — L'intégration

La ségrégation consiste à rassembler dans une même unité des bénéficiaires «confus» et à leur dispenser des services et un environ-

nement adaptés. Les principales formules utilisées dans ces établissements sont:

- a) L'unité spécifique
- b) L'unité psychogériatrique
- c) L'unité prothétique

La ségrégation n'est actuellement pas retenue par les services concernés au MSSS, car elle favorise une discrimination et la formation de ghettos. Cette méthode fut employée il y a plusieurs années en santé mentale, et le ministère tente graduellement de la modifier par le processus de désinstitutionnalisation. Cependant, plusieurs établissements mettent en place de telles unités, s'appuyant sur des recherches établissant leur bien-fondé. C'est aussi l'organisation la plus facile à mettre en place.

La *semi-intégration* a été acceptée dans le programme fonctionnel et technique de plusieurs C.A.H. et C.H.S.L.D.. Elle consiste à intégrer un maximum de 8 personnes présentant des troubles de comportement par unité de 32 bénéficiaires où on peut regrouper les individus «confus» lorsque leur comportement est perturbant pour leur entourage.

Enfin, l'intégration se base sur le concept de normalisation que définit le ministère comme:

«Un ensemble de moyens qui sont culturellement reconnus comme étant les plus normaux possibles et qui permettent à la personne d'établir ou de maintenir des comportements individuels les plus proches de la norme sociale culturellement établie» (MSSS. 1989).

Il serait justifié de vérifier si l'approche intégrative est la solution la plus appropriée pour les institutions, le personnel soignant, les bénéficiaires lucides et «confus», ainsi que pour les familles. Une telle recherche permettra de déterminer dans quel contexte cette approche «normalisante» est pertinente.

Les régions participant au projet (Monterégie, Mauricie/Bois-Francis) comptent une proportion importante de personnes âgées de plus de 75 ans. Pénurie de ressources spécialisées en psychiatrie, en gériatrie et plus encore en psychogériatrie, manque de lits d'hébergement de longue durée, alourdissement constant de la clientèle en CAH et en maintien à domicile: tout cela complique la tâche de prise en charge des personnes ayant des problèmes psychogériatriques.

Tous ces facteurs rendent nécessaires les activités formatives et préventives à l'intention des intervenant-e-s, afin de retarder le processus d'institutionnalisation coûteux tant au point de vue finan-

cier qu'en terme de qualité de vie. Cette approche est d'autant plus indiquée alors que l'isolement fréquent des individus et le peu de soutien professionnel disponible entraînent parfois des situations problématiques où, en bout de ligne, le client ne reçoit pas les soins requis par son état.

Enfin, la psychogériatrie organisée est absente dans la plupart des régions; les établissements désireux de mettre sur pied des programmes ou des services adaptés à cette clientèle ne disposent pas du soutien nécessaire. La formation, l'information et le soutien destinés aux intervenants ainsi qu'aux familles ne sont pas toujours adaptés aux besoins. La communication et la collaboration entre les établissements et les territoires de concertation devrait être analysée et améliorée. Les approches utilisées à l'égard des clientèles «confuses» et lucides dans les établissements d'hébergement varient grandement d'un endroit à l'autre. On note un manque de ressources intermédiaires d'hébergement adaptées aux personnes âgées atteintes de troubles cognitifs. Dans certaines régions, la collaboration entre le réseau public et les organismes de soutien communautaires se développe de plus en plus, mais les initiatives sont entreprises individuellement et dépendent des choix faits par chacun des établissements.

Clientèle cible

Les clientèles cibles du projet sont les personnes âgées de 60 ans et plus, vivant sur les territoires desservis par le projet-pilote et qui présentent une ou plusieurs des caractéristiques suivantes: perte ou risque de perte d'autonomie psychique due à un trouble mental temporaire, permanent ou transitoire; problèmes de comportement; déficits cognitifs; difficultés d'adaptation aux situations; tableau démentiel; indices de vulnérabilité faisant craindre l'apparition prochaine de problèmes psychogériatriques, c'est-à-dire tout trouble d'adaptation relié au vieillissement qui affecte ou peut affecter le comportement physique, affectif et/ou social de la personne âgée et pour lequel une intervention multidisciplinaire spécialisée est requise.

Les personnes âgées de moins de 60 ans ayant un diagnostic de démence pré-sénile de type Alzheimer sont également une clientèle cible du projet. Feront également partie de la clientèle cible les familles, les intervenants et les bénévoles œuvrant auprès de toutes ces clientèles.

Modalités et interventions

Chacun des deux sites pilotes sera doté d'une équipe multidisciplinaire composée des ressources suivantes: coordonnateur régional, omnipraticien, infirmière, travailleur social, ergothérapeute, psychologue, ainsi que de consultants spécialisés ad hoc. Il s'agit essentiellement d'intervenant-e-s agissant déjà auprès des personnes âgées psychiquement perturbées. Leur travail, échelonné sur trois ans, sera axé sur le développement d'une expertise psychogériatrique apte à évaluer correctement les problèmes et les ressources existants, pour ensuite étudier, planifier et expérimenter des interventions appropriées aux besoins des client-e-s, des familles et des intervenant-e-s. Parallèlement à ces actions directes, des programmes de formation, d'information et de promotion seront mis sur pied.

Cette équipe procédera également à l'étude et aux améliorations réalisables au plan des mécanismes régionaux non cliniques, en collaboration avec les responsables des ressources concernées. Aucun projet de développement de nouvelles ressources physiques n'est inclus dans ce projet. La pertinence de l'ajout de ressources sera évaluée par l'équipe multidisciplinaire avec les instances divisionnelles de la région.

Phases de mise en œuvre et échéancier

Le projet-pilote en psychogériatrie est divisé en quatre phases:

La *première* consiste dans la mise en place de l'infrastructure de base: constitution de l'équipe, planification, organisation, gestion, conception du projet et philosophie d'intervention (deux mois).

La *seconde* phase est celle de la préimplantation: formation de l'équipe, réalisation de l'inventaire et de l'analyse des problèmes cliniques et de formation, élaboration des programmes d'information et de formation (quatre mois).

La *troisième* phase comporte l'implantation et l'expérimentation proprement dites (24 mois).

La *quatrième* phase comprend le bilan et les recommandations (six mois).

Une équipe indépendante formée de spécialistes en évaluation sera chargée d'analyser les différents éléments du projet. Il sera intéressant de rendre compte de l'évolution de ce projet et de ses résultats.

NOTES

1. Les éléments de la problématique présentés ici sont extraits du document final présenté à la Direction générale de la réadaptation et des services de longue

durée du MSSS, Gendreau, Claude, Lebeau, Aimé, Letarte, Hélène et Poirier, Nicole, *Développement d'une approche en psychogériatrie — projet pilote*, DSC de l'hôpital du Haut-Richelieu, CLSC La Pommeraiie, CH de Bedford et CRSSS de Trois-Rivières.

RÉFÉRENCES

- AMYOT, A., 1984, Les structures institutionnelles en psychogériatrie au Québec in Simeone, I., Abraham, G. Eds, *Introduction à la psychogériatrie*, SIMEP, Montréal.
- BRISSETTE, L., et al., 1989, *Analyse des demandes de placement au C.L.S.C. du Rivage*, CLSC du Rivage, Trois-Rivières.
- ROY, M., 1987, *Dossier «personnes âgées»*, Programme de consultation d'experts, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Gouvernement du Québec.
- M.S.S.S., 1989, *La psychogériatrie, éléments de réflexion*, Directives générales de la santé, Service de la coordination des ressources, Gouvernement du Québec.

Aimé Lebeau